

受付番号	
受付年月日	平成 年 月 日

臨床研究審査申請書

平成 年 月 日

日本小児血液・がん学会研究審査委員会委員長殿

下記の臨床研究の審査検討を申請いたします。

臨床研究 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

研究グループ \_\_\_\_\_

研究代表者 \_\_\_\_\_

連絡先 (〒 - )

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX 番号 \_\_\_\_\_

E-mail アドレス \_\_\_\_\_

研究事務局 \_\_\_\_\_

連絡先 (〒 - )

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX 番号 \_\_\_\_\_

E-mail アドレス \_\_\_\_\_